

平成 23 年 5 月 17 日現在

研究種目：若手研究（B）  
 研究期間：2009～2010  
 課題番号：21792198  
 研究課題名（和文）脳卒中による右大脳半球損傷患者におけるコミュニケーションの課題と看護介入の検討  
 研究課題名（英文）A Study for the Miscommunications with Right-sided Stroke Patients  
 研究代表者  
 高山 望（TAKAYAMA NOZOMI）  
 北海道大学・大学院保健科学研究院・助教  
 研究者番号：50451399

研究成果の概要（和文）：脳卒中による右大脳半球損傷患者において、コミュニケーションの課題は、以下の3点であった。①患者と医療者間で高次脳機能の評価が異なる場合、「メッセージ」と「フィードバック」が噛み合わない。②逆に患者が「受け手」となった場合は、右大脳機能による現状認識の欠如した状況があり、「フィードバック」を受け取れていなかった。また、③患者に再生能力の低下した場合、学習力低下から医療者優位のコミュニケーションに陥りやすかった。

研究成果の概要（英文）：The analysis yielded three model cases where miscommunication occurred between patients with lesions in the right cerebral hemisphere and those around them. The following three conditions in which miscommunication could occur were identified for patients with right cerebral hemisphere lesions: 1) when the patient fails to recognize the situation before him/her or when the patient refuses to accept suggestions; 2) when there is a discrepancy in the assessment of higher brain dysfunction between the patient and health care professional; and 3) when “regenerative” capacity declines. Furthermore, having health care professionals in a dominant position entails the risk of making patients draw back.

交付決定額

(金額単位：円)

	直接経費	間接経費	合計
2009年度	700,000	210,000	910,000
2010年度	500,000	150,000	650,000
年度			
年度			
年度			
総計	1,200,000	360,000	1,560,000

研究分野：医歯薬額

科研費の分科・細目：看護学・臨床看護学

キーワード：高次脳機能障害

## 1. 研究開始当初の背景

看護師が右大脳半球損傷患者にとって代償的資源となるためには、対象者の大脳半球損傷の状態を調査した上で、具体的な状況の中で実態を明らかにしなければならないと考えた。そして、研究者はコミュニケーションの相互作用という点に着目し、当事者の立場に立ってそれぞれの要因を理解する必要があると考えた。

## 2. 研究の目的

本研究は、脳卒中によって右大脳半球を損傷し、右大脳半球損傷患者の行動特性をもつ対象者を選定し、コミュニケーションのずれを示す典型的なコミュニケーション場면을提示し、解析することで、右大脳半球損傷患者のコミュニケーションの課題傾向と看護師の役割を明らかにすることを目的とする。

## 3. 研究の方法

### (1)対象および調査、分析方法

本調査は、急性期から回復期の脳神経外科病棟にて行われた。調査対象としたのは、脳卒中による右大脳半球損傷患者と医療者との間のコミュニケーション場面である。

調査方法は参加観察により、会話やその前後の行動は逐次フィールドノートに記録した。また必要に応じて、追跡調査を行い、一定時間内のすべての行動を記録した。

データは最初、逐語録におこし、コミュニケーション過程の5つの構成要素「送り手」「受け手」「メッセージ」「フィードバック」「背景（時間性・関係性）」に分類し、再構成を行った。その後で、右大脳半球損傷患者のコミュニケーション上、5つの構成要素の具体的な課題となっているのかを分析した。

### (2)コミュニケーション場面を特定するための状況設定

患者は、脳卒中による右大脳半球損傷患者で、発症から1～2週間程度過ぎて急性期症

状が安定しており、意識障害がなくコミュニケーションが可能で、退院までの病棟での参加観察に同意が得られた方とした。なお、今回、両側大脳半球損傷、再発、認知症の方は行動やコミュニケーションへの影響が避けられないと考えたため、対象から除外した。対象者の選定方法として、神経外科医または神経内科医、リハビリテーション医により右大脳半球損傷患者と診断された患者を対象者とした。また、放射線診断医による右大脳半球損傷部位の正確な局在診断を実施した。なお、発症時と発症2～3週後の磁気共鳴画像法（Magnetic Resonance Imaging；MRI）T2の画像を用いた。他に、調査項目として①知能検査（Mini-Mental State Examination；MMSE）、②機能的自立度評価表（Functional Independence Measure；FIM）を用いて測定した。個人情報として診療録等から年齢、性別、発症日、疾患・高次脳機能障害名、家族構成、入院前の生活の様子などフェイスシートを用いて聴取した。

また、医療者は、患者を担当する看護師、リハビリテーション技士、医療者であり、主なコミュニケーション場面は、看護提供や訓練実施場面であった。

### (3)事例の概要

#### ①事例A

事例A、70代女性、術後MRI画像では、右基底核全域、前頭葉深部皮質下・白質、側頭葉前頭部に異常信号を認めた。初回発症で右被殻出血の発症当日に開頭血腫洗浄術が行われた。運動障害は左片麻痺があり、FIMは38/126点で全介助レベルであった。主な高次脳機能障害としては、半側空間失認と記憶障害が認められ、MMSEは24/30点で「見当識」「引き算」「再生」が困難だった。発症より66病日より調査を開始した（表1参照）。

#### ②事例B

事例 B, 70 代男性, MRI 画像では, 右後頭葉内側領域に異常信号を認め, 脳梁に及んでいた. 初回発症の右脳内出血で, 運動障害はなく, FIM は 125/126 点で自立レベルであった. 高次脳機能障害は, 地誌的失見当識のみ単独で認められ, MMSE は 29/30 点で, 「再生」ができなかった. 生まれも育ちも地元で土地勘があり, 職業は運送会社を定年まで勤め上げ車の運転には自信があった. 発症より 6 病日より調査を開始した (表 1 参照).

### ③事例 C

事例 C, 50 歳代男性, MRI 画像では, 右側頭葉・頭頂葉領域の皮質・皮質下に広範囲な異常信号領域を認め, 一部中心前回, 後頭葉にも及んでいた. 心不全・両下肢虚血性切迫壊死によるバイパス術施行中の合併症として, 右脳梗塞を発症した. 術後約 1 ヶ月半に, 脳外科的な精査・リハビリテーション治療を目的として転院した. 運動麻痺は左完全麻痺があり, FIM は 57/126 点で全介助レベルであった. 主な高次脳機能障害は, 半側空間失認が認められ, MMSE は 24/30 点で「見当識」「引き算」「再生」「複写」が困難であった. 発症より 47 病日より調査を開始した (表 1 参照).

### 倫理的配慮

本研究は, 北海道大学の医の倫理委員会の承認を得て実施した. 対象者とその家族には, 研究の概要・目的・方法・守秘義務の遵守・同意撤回の自由について, 書面と口頭にて説明した上で同意を得た. なお, 参加観察による患者の療養生活への影響は回避できるように看護師と行動調整を行い, 対象者に不利益が起らないように配慮した.

また, 担当の看護師や技師には, 研究の趣旨を説明し同意を得た上で調査し, 個人は特定できないように匿名化した.

表 1 対象者の概要

	事例A	事例B	事例C
年齢	70 代	70 代	50 代

性別	女	男	男
診断名	右被殻出血	右脳内出血	右脳梗塞
大脳半球損傷部位	右前頭葉側頭葉	右後頭葉	右側頭葉頭頂葉
左病変の有無	×	×	×
基底核病変の有無	○	×	×
発症からの日数	66 病日	6 病日	47 病日
高次脳機能障害	半側空間失認 記憶障害	地誌的失見当識	半側空間失認
FIM 126 点満点	38 点	125 点	57 点
MMSE 30 点満点	24 点	29 点	24 点
大脳劣位半球損傷患者の行動チェックリスト 全 36 項目	16 項目	3 項目	7 項目
右大脳半球損傷患者の行動特性	思いこみ 大まかさ 安易な行動化 内省力の低さ	大まかさ 安易な行動化	思いこみ 大まかさ 内省力の低さ
家族構成	独居	妻と二人	独居 離婚歴あり
職歴	公務員 定年退職	運送業 定年退職	事務員 発病後退職

### 4. 研究成果

#### (1) 事例 1 によるコミュニケーションのずれの場面

#### 場面 1 : TV を見ることに固執する対象と助手との会話

事例 A あそこの TV つけて (同室患者の TV を指さし医療者に話しかける).

助手 は? (対象の顔を覗き込むように聞き返す)

事例 A ちょっといいからつけて (話す).

助手 …あれはあちらの方の TV ですから (困ったように患者に話す).

事例 A いいから. リモコンをここへよこして (手元にちょうだいという仕草).

医療者 あその TV はあちらの方の物なんですよ (かかんで患者に言って聞かせる).

事例 A … (黙っている).

医療者 A さんの TV は後ろにありますよ (患者の後ろを指さす).

事例 A 後ろじゃ見えないじゃないの.

医療者 では、向きを換えましょうね.

事例 A いいの. それまでして…いいの. … あんまりわがまま言うと看護婦さんに叱られるから.

医療者 看護師に叱られるんですか?

事例 A そうよ. (間)

事例 A ちょっとその TV つけて (別の医療者に向かって同室患者の TV を指さす).

医療者 あれは別の人の TV なの! (患者の斜め右横から話しかける)

事例 A いいからリモコン貸して (手を前に伸ばしている).

医療者 A さん私の顔見て. あれはね. 他の人がお金を払って見ている TV なのよ (強い口調で説得する).

事例 A … (黙って, 医療者を見ている).

医療者 だから他の人のお金を使うわけにはいかない.

事例 A だって, これはつけられるわよ (自分の TV を指さし, 医療者に向かって話す).

医療者 それは A さんがお金を払っているから, 見えるんでしょ (呆れた顔).

事例 A ….

医療者 もう, 食事の時間だから. (食後に) 歯磨きして, ベッドでゆっくりしたら, いくらでも TV 見ていいから.

事例 A いいから, 音だけでも聞かせて.

医療者 … (観念したように, TV の電源をつけた).

## ①「コミュニケーションの構成要素

「送り手」は事例 A で, 「受け手」は看護助手で, 対象は TV を見たいという「メッセージ」を送ったが, 医療者は他患者の TV を見ることはできないという「フィードバック」を返した. 「状況 (時間性・関係性)」として, この病院では TV は有料になっており, 患者は自分の TV だけを見ることになる.

その後, 対象は医療者の提案を退け, 一旦は TV を見ることを諦めたが, 後半部分では, 「受け手」が別医療者に代わり, 同様の「メッセージ」を送った. これに対して, 医療者は先と同様に「フィードバック」をした. 医療者は何度か言語的表現で対象者に理解を促すように試みていたが, なかなか理解が得られなかったため, 最後に呆れた顔になった.

## ②「受け手 (医療者)」からみた場面の解析

医療者にとって, 事例 A が TV を見ることに固執した言動と捉えられた. また, 身体の向きを変えて自身の TV を見るという提案をしたが, 聞き入れられなかったことで, 人の話を聞かないと捉えられた. だが, 医療者は対象に院内の TV 有料システムについて説明せず, 理解していることが前提で場面が進行していた.

## ③「送り手 (事例)」からみた場面の解析

事例 A にとって, 左半側空間無視があるため, 自分と対面し, 右半側に位置する TV が最も見やすい位置だった. TV を対面する位置で見ることは自然であり, 位置関係の点から見ると, 患者が他患者の TV を見たいと言ったことはつじつまが合った. また, 対象が TV カードを購入することを自分で実施していなかったため, TV が有料であるという感覚は備わりにくかったとも予測された.

## ④コミュニケーションのずれの要因

事例 A は TV が有料システムの状況を把握できていなかった. 状況把握能力の低下によ

る現状認識の欠如や、提案を聞き入れなかったことによって、コミュニケーションに崩壊（あるいは失敗）が生じていた。したがって、看護師は患者が会話の前提を共通に認識しているのか否かを確認することが必要であった。

## (2) 事例 2 によるコミュニケーションのずれの場面

### 場面 1：車の運転をしようとする対象と看護師との会話

事例 B だって、脳内出血は変わらないだろ。あと、方向音痴だろ。それ以外はなんともない。ああ～また来なくちゃ。車を使えないのが、ちょっとな……。何で来るかな。それがちょっと心配の種だな。2週間ぐらいは車だめだって。でも、近所ならば俺はすぐ乗るよ（自信に満ちた言い方）。

医療者 看護師隣に奥さんが乗っていたらいいではないでしょうか。

事例 B そうだね。でも、一人で運転しないと練習にならないでしょう。まあ、2、3回通ると覚えるだろうがね。ダイエーまで行く道はわからなくても、行けばわかるから。本当に目をつむってもわかる道だったんだよ（閉眼してみせる）。

### ① コミュニケーションの構成要素

「送り手」が事例 B で、「受け手」が看護師で、対象は「この辺なら目をつむったって行けるところさ……」「（車を）近所ならばすぐ乗るよ」という「メッセージ」を送った。それに対して、看護師は「外出許可をとって……」「隣に奥さんが乗ったら……」という安全対策を提案するという「フィードバック」をした。「状況（時間性・関係性）」として、対象者は地誌的失見当識を発症して1週間程度であった。

### ② 「受け手（看護師）」からみた場面の解析

看護師にとって、事例 B が病院の許可なく外出したことや禁止された運転行為やろうとする言動を聞き、危ないと言われても大丈夫と思ってやってしまう行動として捉えられた。だが、病院前は環状線で車とおりが激しい立地で、看護師は無断外出によって事故につながることを懸念していた。

### ③ 「送り手（事例）」からみた場面の解析

事例 B は、「方向音痴」と称して地誌的失見当識を自覚していたが、病院の許可を得ず外出したり、退院直後に車の運転をしようと考えたりしていた。発症して間もなく、これまでの土地勘や運転感覚を確かめてみたいという思いから言動につながった。

### ④ コミュニケーションのずれの要因

対象者と医療者では、地誌的失見当識に対する評価が異なっていた。対象の言動は医療者にとって危険な行動として捉えられ、コミュニケーションに崩壊（あるいは失敗）が生じた。また対象が医療者の提案を聞き入れなかった点も崩壊（あるいは失敗）を生じていた。したがって、医療者は対象と共に高次脳機能障害の症状や生活への影響など評価内容を共有すること、またなぜ対象が危険とみなされる言動に至ったのか、その背景を探ることも重要であった。

## 3) 事例 3 によるコミュニケーションのずれの場面

### 場面 1：指導を覚えていない対象と医療者との会話

医療者 それでは横向きになります。

事例 C （左側臥位になろうとする）

医療者 逆！（声は大きく、命令的な口調）

事例 C （患側である左腕を前に持つてくることを忘れて、右側臥位になろうとする）

医療者 違う！左腕はどうするんですか？

左腕を忘れなければもっと楽に向けるんですよ。要領よくなりなくちゃ！（略）

**場面 2**：理学療法中、医療者が車椅子に乗っている C さんにブレーキをかけるように指示したが、ブレーキ操作がわからず、「違う」と連呼された。

#### ①コミュニケーションの構成要素

「送り手」が事例 C で、「受け手」が医療者で、対象は右腕を前に持ってくることを忘れて右側臥位になろうとした、ブレーキをする前に立つ、ブレーキのかけ方がわからないという行動を「メッセージ」として発信した。それに対して、医療者は「逆!」「要領よくなりなくちゃ」「違う」という「フィードバック」をした。「状況（時間性・関係性）」として、対象はリハビリテーションを開始して数日しか経過していなかった。また、医療者は声が大きく、説明が不足していて、コミュニケーションを優位な立場で進行させた。

#### ②「受け手（医療者）」からみた場面の解析

医療者にとって、事例 C が以前に指導された内容を覚えておらず、注意されても同じようにやってしまうため、大雑把で自分のことを省みていないように捉えられた。医療者は手順がわからなくなった場合、一度動きを静止させて、手順を思い出させるように心がけていたが、その言い方が威圧的で効果的でなかったように見られた。

#### ③「送り手（事例）」からみた場面の解析

事例 C にとって、入院してきたばかりで車椅子の操作方法来に順応していなかった。院内の車椅子のブレーキは①手前に引くタイプ、②向こう側に押すタイプ、③引っかけタイプと全 3 タイプあり、また本人専用の車椅子ではなかった。また、MMSE の「再生」が低下しており、操作方法が覚えられないことは、疾患によるものと捉えられた。さらに、対象

は訓練中できない自分を強く認識し、医療者の優位なコミュニケーションによって、萎縮していた。

#### ④コミュニケーションのずれの要因

事例 C は「再生」能力の低下により、操作手順を覚えられず、コミュニケーションに崩壊（あるいは失敗）が生じていた。注意しても同じようにやってしまう傾向を繰り返すことは避けられない。その時、医療者優位の対応は対象を萎縮させ、ぎこちなくさせてしまう可能性がある。したがって、大脳機能の情報は、医療者間で早く共有し、準備性を持って看護・治療介入することが重要であった。

### 5. 主な発表論文等

（研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線）

〔雑誌論文〕（計 0 件）

〔学会発表〕（計 0 件）

〔図書〕（計 0 件）

〔産業財産権〕

○出願状況（計 0 件）

○取得状況（計 0 件）

〔その他〕

ホームページ等

### 6. 研究組織

(1) 研究代表者

高山 望 (TAKAYAMA NOZOMI)

北海道大学・大学院保健科学研究院・助教

研究者番号：50451399

(2) 研究分担者

なし

(3) 連携研究者

なし